

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 novembre 1893, à 1 heure

Par M^{lle} CÉCILE LEDER

ÉTUDE SUR LES TROUBLES DIGESTIFS

DANS LE COURS DU

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. } FOURNIER, professeur.
 } NETTER, GAUCHER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 novembre 1893, à 1 heure

Par M^{lle} CÉCILE LEDER

ÉTUDE SUR LES TROUBLES DIGESTIFS

DANS LE COURS DU

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
 { NETTER, GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTÉ	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0111

ÉTUDE
SUR LES TROUBLES DIGESTIFS
DANS LE COURS DU
TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

PRÉFACE

Pendant la dernière épidémie de typhus exanthématique, nous avons pu examiner à l'hôpital Antoine un cas de cette terrible affection où il s'est produit au second septenaire quelques troubles digestifs, fort légers du reste, mais qui ont néanmoins frappé notre attention à cause de leur rareté même. En effet, tous les auteurs qui se sont occupés du typhus exanthématique ont insisté sur l'intégrité habituelle du tube digestif et cela est vrai dans la très grande majorité des faits, pas dans tous cependant, car ici comme dans nombre d'autres affections, le genre épidémique et les conditions antérieures de santé individuelle peuvent produire une anomalie apparente à la règle générale.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré sur ce sujet nous ont permis de recueillir des matériaux qui nous ont semblé intéressants, sinon au point de vue pratique, du moins au point de vue théorique.

C'est surtout à un travail de compilation que nous nous sommes livré, mais qui peut avoir son utilité en ce qu'il condense en un des renseignements épars ça et là et le plus souvent dans la littérature étrangère, c'est-à-dire peu accessible en général aux lecteurs français.

Nous avons indiqué soigneusement les sources auxquelles nous avons puisé et nous avons soigné tout particulièrement le côté bibliographique de notre thèse qui, comme nous l'avons dit plus haut, était notre but principal.

En arrivant au terme de nos études, nous avons un devoir agréable à remplir, celui de remercier les maîtres dont nous avons recueilli le précieux enseignement.

Nous remercions sincèrement MM. les D^{rs} Routier, Kirmisson, Josias, Bucqoy, Legroux, Budin et M. le professeur Pinard, pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès d'eux et les bons conseils qu'ils nous ont prodigué pendant la durée de nos études médicales.

Nous prions M. le professeur Potain d'agréer l'hommage de nos remerciements sincères pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Le typhus exanthématique n'ayant été nettement différencié de la fièvre typhoïde que vers le milieu de ce siècle, nous croyons devoir laisser de côté toute la partie de cet historique qui remonte au-delà de cette date. Cependant nous ferons remarquer que Graves et beaucoup d'autres, s'appuyaient déjà sur la rareté des troubles abdominaux pour faire le diagnostic différentiel d'avec la fièvre typhoïde. Les traités de pathologie sont très sobres de détails sur les faits dont nous avons entrepris l'étude; la plupart signalent en quelques mots la possibilité de selles diarrhétiques à la fin du deuxième septenaire, mais sans s'étendre davantage sur ce sujet. C'est ainsi que s'exprime Grisolles, Jaccoud, Dieulafoy, Laveran et Tessier. Les documents ne sont guère plus abondants dans le grand *Traité de médecine*, publié sous la direction de MM. Bouchard et Charcot; qu'on en juge plutôt. Thoinot s'exprime ainsi dans le *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard : « Tous les auteurs sont d'accord sur l'importance et sur la constance de la constipation. Il nous a paru que, avancée du typhus, la diarrhée pouvait dans certains cas succéder à la constipation.

Il semble d'ailleurs que parfois la diarrhée fasse partie du cortège symptomatique de la période de terminaison du typhus. Le météorisme et le gargouillement abdominal

sont en règle générale observés dans le typhus. Si dans quelques cas accompagnés de diarrhée, on peut trouver le gargouillement abdominal, il n'a jamais la localisation, ni le caractère qu'il possède dans la fièvre typhoïde. » Plus loin parlant des lésions intestinales. « Il n'y a en règle, aucune lésion intestinale, soit du gros, soit du petit intestin, les plaques de Peyer, les follicules clos isolés, les ganglions mésentériques sont sains ». Dans le volumineux *Compendium de médecine de Ziemssen*, Lebert est un peu plus explicite. Il admet à titre exceptionnel, il est vrai, des catarrhes, des hémorrhagies et même des phénomènes dysentériques, lui aussi remarque que ces troubles sont surtout le fait du deuxième septenaire ou même de la convalescence. Franck Chapin ne s'étend pas plus que les précédents auteurs sur les troubles digestifs. Voici ce qu'il en dit après avoir noté les nausées et les vomissements comme phénomènes pouvant être très précoces : *typhus fever*, p. 58, vol. 2, *reference Boock of medical science*, la constipation du début est souvent combattue par les purgatifs, et de la diarrhée peut la remplacer; mais en outre de ces cas chez quelques malades, la diarrhée peut être spontanée, les selles n'ont pas de caractère spécial. Dans les fièvres les plus mauvaises, elles sont liquides et molles, d'une couleur jaunâtre en tirant sur le vert ». Parlant des complications, il dit « la dysentérie a été très fréquente dans certaines épidémies, on a cité déjà la diarrhée, dans certains cas on a noté de l'hémorrhagie intestinale.

Mossler (*real Encyclopédie d'Eulembourg*, article *fleck typhus*, p. 331), s'exprime ainsi sur les symptômes diges-

tifs « les troubles des organes digestifs consistent surtout en troubles fonctionnels ou catarrhes de la bouche, de l'estomac et de l'intestin, leur degré varie suivant l'intensité de la fièvre ; on les rencontre surtout dans les cas négligés ; les selles sont variables, parfois elles sont liquides et abondantes comme dans la fièvre typhoïde, et de météorisme et de gargouillements comme dans cette affection ».

Mossler fait remarquer que les lésions intestinales n'offrent rien de spécifique lorsqu'elles existent. « En dehors des rougeurs hypostatiques de certaines glandes, et une certaine tuméfaction des follicules clos, l'intestin n'offre aucune modification importante, les ganglions mésentériques sont le plus souvent intacts ». Les dictionnaires de médecine ne sont guère plus explicites que les traités ou les compendiums de médecine. Ainsi Richard, dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, ne consacre que quelques lignes insignifiantes au sujet qui nous occupe.

Richard insiste sur la rareté des complications digestives, parlant du deuxième septenaire, il dit :

« Il s'établit de la diarrhée, souvent selles et urines involontaires ». Cependant il signale la possibilité de l'association avec d'autres affections. En première ligne « viennent la dysenterie qui affecte alors une forme suraiguë et le scorbut ». Dans son analyse des principaux symptômes, il s'exprime ainsi « les symptômes digestifs sont en grande partie dûs à l'élévation de la température notamment la sécheresse de la bouche et du pharynx. Le ventre reste souple et indolent, la langue est pâteuse et amère, la diarrhée est exceptionnelle et jamais aussi

intense que dans la fièvre typhoïde. Le gargouillement est rare et quand il existe il est généralisé à tout l'abdomen ». Même brièveté pour les lésions anatomiques de cet appareil « le tube digestif, dit-il, n'offre rien de spécial ». L'article du Dictionnaire Dechambre *sur le typhus exanthématique* est un peu plus explicite.

« Le catarrhe buccal est constant, la muqueuse des joues est humide, rouge ; les gencives chaudes, tuméfiées ; la langue, saburrale pendant la première période, est brune, fendillée, sèche pendant le deuxième septenaire. Les amygdales, les juliers, les voiles du palais et la luette sont souvent couverts d'un enduit dyphtéroïde en réalité pultacé. Les liquides buccaux sont acides ainsi que l'haleine, les fuliginosités très rares. A ce moment le malade a perdu l'appétit ; la dysphagie est fréquente et la soif très intense, les nausées et les vomissements exceptionnels, la constipation qui sans être la règle, est beaucoup plus fréquente que la diarrhée pendant la première période, est le plus souvent remplacée par ce dernier symptôme dans le cours de la période nerveuse. L'abdomen est souple, il ne laisse percevoir aucun gargouillement localisé, mais sa percussion méthodique révèle presque toujours la spléno et l'hépatomégalie » (*Dictionnaire Dechambre*, 584). Le même auteur donne des renseignements intéressants sur les lésions anatomiques qu'on peut rencontrer du côté du tube digestif, chez les sujets ayant succombé au typhus exanthématique.

Dans le *system of médecine* de Reynolds, les troubles digestifs du typhus exanthématique sont exposés avec beaucoup de détails. « La langue dans le typhus exanthé-

matique, présente toutes sortes de variétés. Au début de l'affection elle peut-être normale ou chargée d'un enduit blanchâtre épais, mais à mesure que la maladie progresse, on voit chez les malades adultes la langue devenir de plus en plus sèche, brunâtre ou rougeâtre. Parfois la langue est si dure et si rôtie que les mouvements en deviennent pénibles.

A la fin du deuxième septennaire, elle redevient humide sur ses bords et se nettoie, l'enduit s'en va par place et par désintégration moléculaire. Dans les cas intenses, la langue peut se fendiller et saigner, et les fissures persistent pendant la convalescence; la rougeur et l'état fissural de la langue ne s'accompagne pas toujours d'un enduit abondant, et dans ces cas l'aspect rappelle beaucoup ce qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde, les papilles linguales ne sont jamais élargies, la muqueuse buccale et la muqueuse pharyngée subissent des modifications analogues. Dans les cas les plus mauvais, les lèvres se couvrent de fuliginosités tout comme la langue, la soif est un phénomène pour ainsi dire constant et très précoce, et il ne disparaît que pendant la convalescence lorsque la cavité buccale a repris son humidité habituelle. La perte totale de l'appétit est un autre symptôme de semblable importance, pendant quelques jours dans les cas légers, on peut bien persuader au malade d'avaler quelques aliments liquides, mais il refuse tout aliment solide.

Il ne recherche pas les stimulants qui provoquent bientôt le dégoût sauf l'eau froide. Les vomissements se rencontrent avec moins de fréquence, ils peuvent troubler

beaucoup pendant la durée de la fièvre. La diarrhée avec la tympanite se rencontrent aussi assez souvent; elle semble beaucoup influencée par le régime, de telle sorte qu'elle apparaît beaucoup plus souvent dans certains milieux que dans d'autres, durant la même épidémie. Cette étiologie est utile à se rappeler pour ne pas tomber dans l'erreur de croire à une forme spéciale de la maladie. Ainsi à l'hôpital des fiévreux de Londres, la diarrhée a été observée sur plus d'un tiers des cas qui ont été soignés dans ces dernières années. En 1856, la diarrhée faisait presque toujours défaut. Il en est de même dans l'épidémie qui a récemment sévi à Liverpool. A Londres, même à la même époque, le symptôme était absent dans les formes observées dans certains Workhouses. Ces dérangements de corps étaient probablement dûs à l'excès d'aliments liquides que prescrivait certains médecins et qui ne pouvaient être supportés par l'estomac malade. La présence de la diarrhée s'accompagne habituellement de tympanite et de gargouillement, mais ceux-ci ne sont pas localisés exactement à la région iliaque droite. Le ventre est sensible, mais pas plus à l'épigastre qu'ailleurs, la constipation existe dans beaucoup de cas, mais cède facilement aux purgatifs; les selles diffèrent de ce qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde, même quand il y a de la diarrhée, leur couleur est noirâtre et leur consistance très variable, mais elles ne présentent jamais l'aspect de grains de poussière en suspension dans le liquide, leur réaction est acide, la dysentérie offre une parenté obscure avec le typhus. Celui-ci semble parfois engendré par celui-là, dans ce cas, le ténésme et les sel-

les sanglantes, peuvent se montrer chez les sujets atteints de typhus exanthématique. Je n'ai vu qu'une seule fois sur des milliers de cas que j'ai observés survenir la péritonite.

Dans cette observation, la péritonite résultait de la rupture d'abcès multiples de la rate dans la cavité péritonéale. Ces abcès résultaient d'une endocardite ulcéreuse. »

En définitive, ce sont sur les médecins qui ont publié des relations d'épidémies qu'il a fallu nous rejeter. Ici seulement, nous avons trouvé les renseignements que nous cherchions. Les relations des auteurs français nous ont donné relativement peu de chose.

Cependant, Maurin nous a fourni des matériaux intéressants sur les lésions intestinales. Il a noté que l'hypérémie du tube digestif commençait à partir du cardia, et qu'elle était marquée surtout sur l'estomac et le gros intestin. Au niveau de l'estomac, la congestion se manifesterait principalement au niveau de la grande courbure. Barratier a signalé la fréquence des plaques d'hypérémies dans l'intestin grêle formées de points qui ne sont autres que les villosités colorées en violet par la suffusion sanguine. Barratier a également remarqué que le réseau périglandulaire était manifestement injecté. Maurin avait beaucoup insisté sur les taches en coup de rasoir où la muqueuse semble rasée sans qu'il y ait de pus ou de lésions anatomiques d'aucune sorte, mais cet auteur a notablement exagéré la fréquence et l'importance de ces faits qui semblent dûs à une atrophie partielle de la muqueuse, facile à comprendre chez les affaiblis qu'avait frappés le typhus exanthématique.

Batarel, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1872), a enseigné des détails intéressants sur les troubles digestifs observés pendant l'épidémie algérienne de 1868.

« Dans l'appareil digestif, le pharynx manifestait sa sécheresse par des mouvements de déglutition difficile.

Les malades se plaignaient d'un goût amer, d'une bouche pâteuse; leur langue était chargée d'un enduit blanc, grisâtre ou jaunâtre. La soif était grande. La constipation était la règle au début; quelquefois elle était suivie d'une diarrhée abondante, de selles bilieuses verdâtres, surtout après l'administration de purgatifs. Une fois seulement dans cette période, nous avons constaté du gargouillement dans la région iléo-cœcale. L'abdomen était indolent sans météorisme.

Batarel a observé aussi à la période critique des phénomènes de catarrhe intestinal assez intense chez quelques-uns des malades qu'il a pu étudier ici. Cette crise était marquée souvent par un phénomène plus ou moins apparent, tel qu'une forte diarrhée, plus souvent par une sudation abondante, et presque toujours par un sommeil profond et réparateur après de longues nuits d'insomnie et de délire. Enfin cet auteur donne d'intéressants détails sur les lésions digestives de l'affection. »

L'estomac n'a jamais présenté qu'un état congestif peu marqué. Nous avons toujours examiné avec beaucoup de soin les intestins et les mésentères; l'intestin grêle présentait sur toute sa longueur les signes d'une forte hypémie, de très belles arborisations vasculaires, quelques taches rouges disséminées à la face externe, plus rarement des ecchymoses.

Dans toute la longueur de l'intestin grêle, principalement au niveau de la valvule iléo-cœcale, sur la muqueuse, nous avons remarqué huit fois, en plus ou moins grande abondance, un pointillé noir, analogue à la peau du menton fraîchement rasé. Tantôt le pointillé était en points isolés, tantôt et plus souvent en points réunis formant des plaques allongées, ni saillantes, ni déprimées, en plus grand nombre que les plaques de Peyer, siégeant quelquefois sur ces plaques, lesquelles n'offraient aucune altération. Ce pointillé, comparé par Monneret à la peau du menton fraîchement rasé, a été indiqué déjà par beaucoup d'auteurs à partir de Roederer. Il ne nous paraît pas spécial au typhus ; ce n'est pas une lésion pathognomonique, car nous l'avons trouvé plusieurs fois sur des individus morts de tout autre maladie ; nous l'avons remarqué peut-être plus net que chez tous nos typhiques, à l'autopsie d'un cancéreux.

Le gros intestin était également vascularisé, il y avait quelquefois des taches brunes ecchymotiques ; une fois nous y avons trouvé des ulcérations.

Dans l'observation I voici ce qu'on trouve à l'autopsie :

Tout le long de l'intestin grêle ouvert et surtout aux environs de la valvule iléo-cœcale, on trouve des plaques ressemblant assez à la peau du menton fraîchement rasé ; ces plaques sont formées par de petits points noirs, dans l'épaisseur de la muqueuse, ne formant ni dépression, ni élévation, ces points ne sont pas toujours réunis en plaques ; ils existent aussi isolés sur l'intestin grêle.

Dans l'observation III, à peu près même aspect.

Pas d'ulcérations de l'intestin grêle ; mais de loin en

loin, surtout aux environs de la valvule iléo-cœcale, plaques et points isolés offrant l'aspect de la peau fraîchement rasée.

Cette lésion est moins marquée que dans la première autopsie. « Ganglions mésentériques sains. » Souvent on trouve noté l'existence d'un piqueté hémorrhagique.

Dans la relation des cas qu'il a observés en Algérie lors de la grande famine de 1868, le médecin militaire Baugrand dit qu'il a observé à l'annexe de Bon-Saada plusieurs cas où les malades ont eu dans le deuxième septenaire des troubles gastro-intestinaux ; le plus souvent c'étaient des selles liquides abondantes, mais parfois aussi des phénomènes dysentériques.

Charles, qui a donné une relation de l'épidémie de typhus exanthématique du massif de Bougie en 1862, signale chez beaucoup de malades indigènes, la fréquence des selles vers le milieu de l'affection.

Les auteurs qui ont parlé des épidémies de typhus exanthématique dans le Finistère, restent à peu près muets sur les complications gastro-intestinales ; cependant Gillet qui a observé l'épidémie de Riantec, parle de la fréquence des selles liquides, abondantes chez quelques-uns des sujets atteints de cette affection.

Les auteurs étrangers sont un peu plus explicites que les auteurs français. Dans le *Dublin quarterly review*, où se trouvent citées un grand nombre de relations d'épidémies de typhus exanthématique.

Nous avons vu noter par les médecins Irlandais : 1° le catarrhe ; 2° les hémorrhagies intestinales ; 3° la dysentérie. Ces troubles survenaient dans les for-

mes intenses et chez les individus très débilités par les privations antérieures.

Les médecins qui ont observé les épidémies de typhus exanthématique qui ont ravagé les bords de la Baltique, l'Allemagne et la Russie ont assez souvent observé des troubles gastro-intestinaux.

Preuschen qui a vu trois épidémies de typhus exanthématique dans l'hôpital de Königsberg a noté que « quelquefois les malades dans le cours du deuxième septenaire, étaient pris de selles abondantes qui ressemblaient par leur couleur et par leur consistance à ce qu'on observe dans la fièvre typhoïde. » Wolf, qui a été témoin aussi de plusieurs épidémies dans la Prusse Orientale, note à peu près dans les mêmes termes que Preuschen, l'existence de troubles gastro-intestinaux qui, somme toute, ont été rares et fort peu importants.

Hampeln (*Über Flecktyphus Archiv. für Klinische medicin*, vol. XXVI, p. 238) qui a vu en 1877, 1878, 1879 à l'hôpital général de Riga 726 cas de typhus exanthématique et qui a basé là-dessus un travail statistique important, s'exprime ainsi sur les complications de gastro du typhus exanthématique : En outre de la diarrhée qui se montre dans tous les cas, et approche aux formes normales, on constata en outre des hémorrhagies intestinales dans 3 cas, dont un mortel, et des catarrhes intestinaux chez un malade au moment de la convalescence et qui ne s'accompagna d'aucun résultat défavorable.

Nous avons retiré aussi de très utiles renseignements des comptes-rendus de l'hôpital général de Vienne. On sait que le typhus exanthématique a ravagé à plusieurs

reprises la capitale de l'Autriche, ce qui n'a point lieu d'étonner si on se rappelle que la Bohême et la Moravie, voisines de la Silésie, ce grand foyer du mal, se trouvent à peu près dans les mêmes conditions climatiques et économiques. Nous avons vu citer, quoiqu'à titre exceptionnel il est vrai, les complications digestives.

Ainsi à Vienne en 1867, sur 100 cas de typhus exanthématique traité à l'hôpital général de Vienne, on voit notées deux fois les hémorrhagies intestinales et une fois la péritonite par perforation. Les *Berichte der Rudolph stiftung* nous ont permis de reconnaître que dans l'hôpital de ce nom on avait vu aussi se produire quelques complications du tube digestif qui du reste n'ont pas abouti à la mort, du moins pour leur propre compte. Il n'en est pas de même de deux cas de Lebert que cet éminent médecin a observés à l'hôpital de Zurich et que nous avons cru devoir signaler dans cette thèse à cause de l'intérêt qu'ils présentent. Ils ont été publiés dans le *Wiener medical Wochenschrift* de 1858. Dans le premier cas il se produisit une hémorrhagie intestinale abondante qu'on réussit néanmoins à arrêter avec de l'ergotine. Dans le deuxième cas le malade succomba six semaines après le début de la maladie à une péritonite déterminée par des perforations multiples comprenant toute l'étendue du gros et du petit intestin. Malheureusement il semble qu'il s'agissait plutôt de dothiéntérie que de typhus véritable.

Rappelons à ce sujet que O'Donogue dans le *New-York medical Times* de 1852 avait publié un cas semblable.

Les hémorrhagies intestinales dans le cours du typhus exanthématique ont encore été signalées par Loschner

(*Myocardite ecchimosen un Herzen, in der Lungen und der Pleura Hæmorrhgische infarctus in den beiden Lungen Hypæremie des dermcanal Schwellung der mesenteriat drusen typhus exanthématique*). Prague, 1856, et par Russel dont nous rapportons l'observation. Cet auteur qui a observé de très nombreux cas de typhus exanthématique, n'a rencontré que deux faits semblables, l'un à l'hôpital de Glasgow, l'autre en ville chez un malade soigné par le Dr Walker (Voir *Glasgow medical journal*, 1868).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions buccales sont insignifiantes, la muqueuse peut être rouge, congestionnée, visqueuse. C'est également l'état sain ou un état hyperémique ou catarrhal que l'on rencontre du côté des piliers, du voile du palais, du pharynx, de l'œsophage. Ces lésions sont très légères et aboutissent rarement à de petits extravasats sanguins. L'estomac est ordinairement sain ; parfois sa tunique interne est finement arborisée, surtout du côté de la grande courbure de l'estomac, l'intestin grêle est hyperémié comme l'estomac, mais sans présenter de lésions caractéristiques ; la congestion peut former, comme l'a vu Maurin, des sortes de plaques, constituées par l'agglomération de villosités intestinales rougeâtres ; les réseaux des orifices glandulaires sont plus visibles que d'habitude et dilatés.

Mais ce n'est point tout ; on peut rencontrer en outre un piqueté hémorragique produit par les ecchymoses fort petites et nombreuses qui donnent à la muqueuse intestinale l'aspect curieux d'une peau, dont on aura fait saigner les pores en en rasant les poils de trop près. La forme confluyente constitue les taches dites de Røederer, elliptiques, pointillées de noir, pouvant siéger dans toutes les régions de l'intestin grêle, plus fréquentes si la mort

a été tardive, communes au typhus et à plusieurs autres maladies ; entr'autres choléra, fièvre typhoïde, maladies éruptives, tuberculose, il y a de la psorentérie, c'est-à-dire la tuméfaction des follicules clos isolés, lésions banales communes au typhus, au choléra, à la méningite cérébro-spinale et à certains cas de fièvres éruptives, la variole et la scarlatine notamment. Les plaques rosées de Maurin analogues à des coups de rasoir sont dues à l'atrophie des villosités intestinales. On les a quelque temps regardées comme caractéristiques du typhus exanthématique mais c'était là une conception fortement exagérée, car elles n'ont pas été retrouvées par tous les auteurs et qu'elles se retrouvent dans d'autres maladies, telles que la fièvre typhoïde. Les lésions du gros intestin ressemblent absolument à celles qu'on retrouve dans l'estomac et l'intestin grêle. Les ganglions mésentériques sont parfois hypertrophiés.

PATHOGÉNIE

Quelle est maintenant la pathogénie de ces troubles digestifs variés dont nous venons de faire l'énumération.

C'est ce qu'il est facile de dire lorsqu'on songe aux lésions anatomiques que l'on retrouve dans l'intestin. Celui-ci, est, comme nous l'avons vu plus haut, le siège d'une hyperhémie notable et souvent même de catarrhe. Quoi d'étonnant à ce que cette hyperhémie, ce catarrhe, amènent à un moment donné des selles abondantes et liquides. Il est vraisemblable du reste que les troubles morbides du tube digestif sont favorisés par une disposition antérieure de l'organisme, beaucoup plus encore que par la différence de genre épidémique, expression vague qui ne signifie en somme pas grand chose. C'est en effet au milieu des populations faméliques de l'Irlande, de la Silésie, des bords de la Baltique, de l'Algérie lors de la famine de 1868 que les perturbations intestinales ont été le plus souvent localisées. Or, la misère, le manque d'aliment ou plutôt l'absorption d'une nourriture grossière et irritante excitant défavorablement le tube digestif et débilitant l'organisme, ont dû jouer dans les cas dont nous nous occupons le rôle de *locus minoris resistentie*. On peut dire la même chose pour les accidents digestifs qui ont frappé les troupes en campagne ou dans les bagnes de Toulon ou de Brest.

A quoi attribuer les phénomènes dysentériques notés chez certains sujets ? A une infection secondaire concomitante, l'individu ayant contracté à la fois le typhus exanthématique et la dysentérie, est très possible puisque très souvent les affections exercent en même temps leurs ravages. Peut-être aussi que ces troubles peuvent faire partie à titre exceptionnel du typhus exanthématique comme on les a vus souvent dans la variole et surtout dans la rougeole. N'ayant pas de preuves personnelles à apporter nous nous abstiendrons de trancher le différent.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des complications gastro-intestinales du typhus exanthématique est nécessairement fort vague à cause de la rareté des matériaux due elle-même au caractère exceptionnel de ces lésions, puis parce que l'importance des lésions, leur nature et leur siège sont fort variables suivant les cas. Aussi ne saurait-on en donner une étude d'ensemble et il est nécessaire d'envisager pour ainsi dire chaque cas en particulier. Cependant, ainsi que l'anatomie pathologique le faisait prévoir, les manifestations buccales et pharyngées contrairement à ce qu'on voit dans la dothiéntérie ne s'observent jamais. Seule la partie inférieure ou sous-diaphragmatique du tube digestif peut offrir quelques manifestations morbides notables. Celles-ci, comme nous l'avons dit plus haut, sont de diverses natures. Le plus souvent, il s'agit d'un catarrhe simple de l'intestin grêle et du gros intestin déterminant des selles plus ou moins abondantes. Certains auteurs veulent que ces selles très variables d'aspect, car elles peuvent être grisâtres, verdâtres, jaunâtres, presque solides, demi-liquides ou franchement aqueuses, diffèrent beaucoup de celles qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde et que quelques-uns ont regardé comme caractéristique de cette affection. Ceci semble

inexact et d'autres observateurs n'ont pas fait cette différence ; d'ailleurs ces selles caractéristiques de la dothiéntérie se rencontrent dans d'autres maladies moins rapprochées de la fièvre typhoïde que ne l'est le typhus exanthématique.

Le catarrhe intestinal n'a pas de conséquences fâcheuses, il détermine tout au plus quelques tranchées dans le ventre et n'a jamais inquiété par la fréquence et l'abondance des selles qu'il détermine, comme le remarque Thornot c'est le plus souvent à la période critique, c'est-à-dire dans le cours du deuxième septenaire, qu'il apparaît. Il ne persiste pas et disparaît très facilement à l'aide de moyens appropriés, aussi n'a-t-il aucune importance ; ce qui se comprend puisqu'il ne consiste au point de vue anatomo-pathologique qu'en un peu d'hyperhémie de la muqueuse intestinale.

HÉMORRHAGIE INTESTINALE

Les hémorrhagies intestinales qui peuvent, quoique bien rarement, se montrer dans le cours du typhus exanthématique, méritent davantage de fixer l'attention parce qu'elles ont parfois entraîné la mort des malades. Parfois elles ne sont que des trouvailles d'autopsie, tel le cas de Loscher, parfois au contraire comme dans le cas de Russel et celui de Lebert les symptômes sont assez intenses pour attirer l'attention. Le malade est pris de frissons, de lypothymies, palpitations, sensation de malaise, le ventre devient douloureux et les selles prennent un aspect goudronné caractéristique qui peut persister plusieurs jours si le malade doit survivre. Tantôt ces hémorrhagies surviennent au milieu d'autres hémorrhagies se montrant dans d'autres points de l'organisme, tantôt au contraire elles existent seules et elles prennent pour cela même de l'intérêt au point de vue pratique.

DYSENTÉRIE

Nous avons cité dans le chapitre que nous avons consacré à l'historique de possibilité d'accidents dysentériques dans le cours du typhus exanthématique, ce sont ces troubles intestinaux que nous allons maintenant étudier. Ainsi que nous l'avons dit dans le paragraphe que nous avons consacré à la pathogénie, la dysentérie ne fait pas partie intégrante du typhus exanthématique, elle ne survient qu'à titre de complication de maladie et il ne semble pas que l'affection principale puisse la simuler. Aussi ce n'est que lorsque le typhus exanthématique est précédé de dysentérie, que beaucoup d'auteurs regardent comme un facteur morbide essentiel du typhus, que l'on voit souvent les phénomènes du genre de ceux que nous allons décrire, de telle sorte, que typhus et dysentérie se borneraient à évoluer chacun de leur côté sur le même organisme. Ainsi s'explique ce fait qu'on n'a guère observé des symptômes dysentériques dans le cours du typhus exanthématique que dans le cours de l'été et le plus souvent chez des armées en campagne. Voici comment les choses se passent le plus souvent.

Au milieu des troubles habituels propres au typhus exanthématique on voit souvent quelques douleurs abdo-

minales, le ventre présente un peu de tympanisme, contrairement à la règle habituelle, et quelques gargouillements mal localisés, puis les garde-robes changent de nature et prennent peu à peu un caractère dysentérique. Elles renferment des matières glaireuses d'un blanc jaunâtre et semblables à du blanc d'œuf à demi coagulé, ces mucosités sont transparentes, tachées de sang, ou bien elles prennent l'aspect rouillé des crachats pneumoniques. Le malade a de fréquents besoins d'aller à la selle, qui dégénèrent bientôt en épreintes véritables et cependant malgré ces tentatives très pénibles, et accompagnées souvent de dysurie, il ne rend qu'une quantité insignifiante des matières. Ces troubles intestinaux contribuent beaucoup à augmenter le malaise qui est déjà très grand à cause de l'intensité de la fièvre et des troubles souvent déterminés par le typhus exanthématique. Les ulcérations intestinales n'ont guère le temps d'évoluer sur ce terrain déjà épuisé par la maladie principale, la mort venant plus souvent interrompre le cours des besoins du gros intestin. Quand le malade meurt en temps suffisant on voit survenir en outre des matières glaireuses précédentes, des selles sanguinolentes et des lambeaux de muqueuse ulcérée auxquels on a donné le nom de râclure de boyaux puisé par les deux affections qu'évoluent dans son organisme et peut-être aussi par les privations antérieures qui en ont favorisé l'éclosion, le malade tombe dans l'adynamie la plus complète.

PÉRITONITE

La péritonite aiguë est un accident bien rare dans le cours du typhus exanthématique, si exceptionnel même, que des observateurs comme Russel qui ont vu des milliers de cas de typhus exanthématique n'en ont vu que deux ou trois cas. Tous les auteurs qui en ont parlé sont d'accord sur ce point. Son mécanisme habituel semble être ces perforations intestinales dont l'étiologie est si obscure et c'est pourquoi des troubles intestinaux divers, tels que diarrhée, selles sanglantes, la précèdent le plus souvent ou l'accompagnent. Sa marche néanmoins n'est pas toujours franchement aiguë si on s'en rapporte au fait publié par le professeur Lebert, lorsqu'il était médecin de l'hôpital de Zurich et que nous rapportons dans notre thèse. Les symptômes évoluent à peu près comme dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire qu'ils ne présentent pas leur acuité et leur cachet habituel et cela parce qu'ils surviennent dans un organisme déjà épuisé par la maladie principale et plongé dans un anéantissement parfois très voisin du collapsus. En ce cas, la réaction est peu importante, le ventre se tympanise un peu et l'on aperçoit que sa sensibilité est exagérée à ce que la première détermine une altération du faciès. Les vomissements verdâtres sont beaucoup moins abondants que d'habitude. L'état général empire rapidement, le malade se refroidit, se cyanose, et ne tarde pas à succomber.

MARCHE

Il résulte de ce que nous venons d'exposer dans les chapitres précédents que la nature, la gravité et l'apparition des troubles digestifs dans le cours du typhus exanthématique sont fort variables et diffèrent d'après les cas. Cependant on peut affirmer que le plus souvent ce sont des phénomènes tardifs survenant dans le cours du deuxième septenaire, ou au moment de la convalescence. Le catarrhe intestinal notamment survient presque toujours, ainsi que le fait remarquer Thomol au moment de la crise. Leur évolution varie suivant leur nature, et plus encore suivant l'intensité de la maladie principale à laquelle ils sont subordonnés. En effet, comme nous l'avons vu, celle-ci peut atténuer leur acuité lorsque le malade est dans l'adynamie et en tout cas couper court à leur marche naturelle en déterminant rapidement la mort.

PRONOSTIC

Le simple catarrhe n'offre aucune sorte d'importance. Les selles cependant, quand elles deviennent très abondantes, ce qui est rare, contribuent à affaiblir le malade. Mais cette bénignité ne se retrouve pas dans les autres complications. Les hémorrhagies intestinales favorisent naturellement le collapsus et d'ailleurs ne sont survenues que dans des formes extrêmement graves de l'affection. Si dans quelques cas, notamment dans la deuxième observation de Lebert, le malade a guéri sous l'influence d'un traitement approprié, le plus souvent la terminaison fatale ne s'est pas fait attendre. Les troubles dysentériques sont d'autant plus nuisibles qu'ils se montrent dans un organisme épuisé par des privations antérieures et en proie à une autre maladie déjà fort grave par elle-même. Il est inutile de faire ressortir la gravité extrême de la péritonite par perforation.

DIAGNOSTIC

D'après ce que nous avons lu dans les auteurs, le diagnostic ne souffrirait de difficulté réelle que dans le cas d'hémorrhagie ou de perforation intestinale. Parfois en effet ce n'est qu'à l'autopsie qu'on s'est rendu compte de l'existence des lésions. Cependant le plus souvent l'hémorrhagie s'est révélée par des selles goudronneuses qui ont fait reconnaître la présence de mélœna. Quant à la péritonite par perforation, quand elle ne s'accompagne pas de selles sanglantes ou d'autres symptômes d'irritation intestinale on risque fort de mettre l'adynamie qu'elle détermine sur le compte d'un autre facteur morbide. Dans le cas de Lebert, la difficulté des diagnostics provenait surtout de la marche traînante de l'affection.

TRAITEMENT

Il n'offre rien de spécial. Les troubles de nature catarrhale sont le plus souvent si légers qu'on peut les négliger. La dysentérie, si elle survenait dans le cours du typhus exanthématique, serait combattue par les moyens habituels. Le clinicien reste absolument désarmé devant les péritonites par perforation lorsqu'elles surviennent dans une maladie aussi grave. C'est surtout dans les hémorrhagies intestinales que le praticien peut intervenir d'une façon utile par une médication appropriée. Le cas de Lebert que nous rapportons dans notre thèse montre que l'ergotine peut être efficace et sauver le malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Perforations intestinales multiples, ulcérations suivies de péritonite à marche lente. Mort (*Sebert Wiener medical Wochenschrift*, 1858).

Dévidéuse de soie de thurgérie, âgée de 31 ans. Très bonne santé antérieure, sauf ver solitaire à 14 ans et pneumonie à 30 ans. Le 30 septembre 1856 frisson, maux de tête, stupeur, bourdonnements, vertiges, raideur de la nuque, catarrhe nasal, toux légère avec nausées, perte d'appétit complète, la langue recouverte fortement, langue sale mais humide, dans le cours du deuxième septenaire violent mal de tête, perte graduelle des forces.

Le 13 janvier 1887 entre à l'hôpital de Zurich où on constate les faits suivants : constitution robuste, cheveux noirs, yeux bruns, joues rouges, la peau modérément chaude, pouls 88, mou mais régulier, maux de tête, bourdonnements, organes respiratoires normaux, sauf un peu de catarrhe bronchique, toux très modérée. R. 26 par minute, rate gonflée, la malade dit qu'elle a eu la roséole mais celle-ci n'existe plus. Ventre sensible à l'ombilic et à l'épigastre, un peu de météorisme, l'urine ne présente rien de spécial. Epuisement des forces marqué. Traitement spectatif.

Le 16. — Les vomissements et les nausées qui avaient disparu reparurent avec une nouvelle intensité. Selles grisâtres contenant

des matières goudronneuses, insomnie, agitation. P. 100, petit et faible. T. 39°, 5, pas d'albumine, un peu de constipation, coliques, sinapisme au creux de l'estomac. Eau gazeuse, lavements, le lendemain les mouvements cessent un peu pour reprendre les jours suivants.

Le 23. — Douleurs violentes dans l'abdomen, le ventre est saillant et tympanisé, sensible à la pression, les vomissements continuent. Constipation depuis plusieurs jours, l'huile de ricin amène 7 à 8 selles bilieuses, quelques vomissements, ventre tendu, très douloureux, surtout à droite. P. 100.

Le 5 février. — Signes de catarrhe bronchique et congestion aux deux bases des poumons quelques crachats sanguinolents, les vomissements reprennent. Vives douleurs surtout à l'ombilic.

Le 13. — Mort[†] au milieu du collapsus.

Autopsie. — OEdème cérébral, congestion pulmonaire, péritonite gangréneuse avec adhérences nombreuses, ulcérations sur tout l'intestin grêle et sur tout le gros intestin siège du pus.

OBSERVATION II

Thèse de Batarel, Paris, 1872, XXVIII, p. 42.

R... (Catherine), 54 ans, née en Sardaigne, demeurant rue Mahon, 4, hôtel du Midi, entre à l'hôpital le 18 mai.

19 mai. — Malade depuis six jours ; fièvre continue ; céphalalgie, insomnie, bourdonnements d'oreille, constipation, peau chaude, langue sèche, jaune, fendillée, gargouillement dans la fosse iliaque, taches d'un rouge framboisé sur le cou et sur le visage ; pétéchies à la face interne des bras et sur le tronc ; quelques taches rosées sur l'abdomen et la poitrine ; tremblement

des lèvres ; fuliginosités (eau de Sedlitz, vin de quinquina, extrait de quinquina 4 grammes, vin cordial).

20. — Même situation, oppression, l'éruption s'efface, diarrhée.

21. — Pas de changement, délire nocturne, stupeur le matin.

22. — Langue jaune, très sèche, pouls à 92 ; délire, moins de diarrhée ; éruption presque disparue.

23. — Langue moins sèche, peau fraîche, pouls à 68, irrégulier ; un peu de délire, taches disparues ; diarrhée.

24. — Pouls à 116 ; diarrhée moins forte ; amélioration, vomissements (Eau de seltz ; café, opium 0,22, quinquina, vin cordial).

26. — L'amélioration continue ; pas de délire ; nuit tranquille.

27. — Langue sèche, pouls à 80 ; diarrhée.

2 juin. — Eschare gangréneux du pied gauche.

3. — Plaie gangréneuse pansée au eualtar, abcès à la jambe.

4. — Le tendon du gros orteil s'excolie.

7. — Nouvel abcès à la jambe.

30. — Bonne apparence de la plaie, état général satisfaisant.

La plaie s'est cicatrisée lentement, mais la malade est enfin sortie en bonne santé.

OBSERVATION III

D. F..., âgée de 32 ans, reçue à l'hôpital des fiévreux de Glasgow le 13 avril 1869, phénomènes habituels, langue humide, éruption caractéristique.

14 avril. — Rasch saillant en certains points, pas de mouvements castérium.

15. — Violente céphalalgie.
16. — Mouvements récupérés, langue toujours humide, une cuillerée de castoréum.
17. — Le castoreum a agi. Sommeil. Pas de mouvements.
18. — P. 112. faible. Tendance au sopor.
19. — Mouvements revenus. Dort bien. Agitation, toux, mais légère. Aspect déprimé. Pieds froids, hoquet, la malade urine dans son lit, eau-de-vie et éther, 8 gouttes de teinture de strichnine toutes les 3 heures.
20. — P. 103, très faible, agitation pendant la nuit. Dernières selles sanglantes noires. Vomissements sanglants, hoquet, ergotine, glace à l'intérieur, se plaint d'une faiblesse extrême, pupilles contractées, pas de douleurs d'abdomen, on continue le traitement précédent.
21. — P. très faible et incomptable. Agitation, malaise, parole incompréhensible, respiration bruyante, carphologie, soubresauts tendineux, pupilles toujours petites. Teint blafard, plus de vomissements. Ventre semble sensible mais pas tympanisé, éther, genièvre et acide sulfurique en potions, mort à 2 heures d'un engorgement rapide des poumons.
- Autopsie.* — Colon distendu par du sang livide ainsi que les parties voisines de l'intestin grêle. Estomac contient un liquide noirâtre, mais dont la nature sanguine n'est pas démontrée, beaucoup de mucus sur sa muqueuse. Congestion lie de vin, le duodenum est dans sa partie supérieure congestionné et présente de petits ecchymoses, les congestions et les ecchymoses se remarquent sur le jéjunum et l'iléon, matières fécales mélangées. Colon à muqueuse normale mais il est plein de sang et d'apparence goudronneuse. Reins et rate normaux, ainsi que le foie, cœur flasque, congestion hypostatique aux bases des deux poumons, l'encéphale n'a pas été examiné.

OBSERVATION IV

L..., chauffeur, 39 ans, mal entrain depuis deux semaines environ, ressentant de la faiblesse généralisée, de la brisure dans les articulations, entre le 10 avril 1893 aux baraquements du service de M. Raymond, lit n° 2. Sa stupeur est telle qu'il répond mal aux questions qu'on lui pose. Visage vultueux et jambes enflées, l'abdomen ne présente rien du côté du tube digestif. Cœur normal, augmentation légère des vibrations vocales aux deux bases ; à ce niveau, le son clair des poumons est altéré et on constate un peu de submatité, les râles sous-crépitaux sont nombreux aux bases des deux poumons, purpura sur les membres inférieurs. Température 39°,5.

Le 12 avril. — La dyspnée a augmenté, teinte bleuâtre des lèvres, les mouvements respiratoires sont accélérés, le purpura des membres inférieurs a diminué. On met des ventouses.

Le 13. — La congestion pulmonaire a diminué, mais le malade ressent des douleurs très violentes ; pas d'augmentation de la matité splénique, pas de diarrhée, crachats de bronchite.

Le 15. — Eruption typhique, le malade passe à l'annexe de l'Hôtel-Dieu.

Grâce à l'obligeance de l'interne nous avons eu la continuation de l'observation.

16. — Même état qu'auparavant, quelques selles bilieuses.

18. — Même état pour la respiration, selles abondantes et fréquentes.

22. — Le malade va beaucoup mieux et entre en convalescence.

OBSERVATION V (thèse de Gillet).

X..., en religion sœur Pacifique, des filles de la Sagesse, est venue remplacer sœur Evariste à Poiantec.

Elle tombe malade le 12 juin 1890 et se fait transporter le 13 à l'hôpital civil de Port-Louis.

La maladie suivit chez elle, jusqu'au 21 juin, une marche analogue à celle qui eut lieu chez sœur Evariste. Mais à partir de ce jour de nouveaux phénomènes apparaissent.

Peau sèche, aride, ventre *ballonné*, respiration anxieuse, quarante mouvements respiratoires par minute, toux très fréquente, pas d'expectoration. En arrière de chaque côté jusqu'à l'épine de l'omoplate, la poitrine est remplie de râles crépitants fins.

Le 11 juin. — Etat très grave, délire violent toute la nuit, respiration encore plus fréquente et plus brève que la veille, les râles sous-crépitanls sont encore plus abondants; ils éclatent en bulles innombrables. Selles involontaires très abondantes.

Le 23. — La nuit a été mauvaise; les vésicatoires ont produit d'énormes phlyctènes, mais sous l'influence, la poitrine semble un peu débarrassée. Respiration 36° par minute. Il commence à y avoir un peu d'expectoration visqueuse. Selles abondantes.

Le 24. — Délire moins continu. P. 120. Respiration 36 par minute. Expectoration plus abondante et plus facile.

Le 26. — La convalescence s'affirme de ce jour, expectoration très abondante.

OBSERVATION VI (Gillet).

X..., en religion sœur Evariste, de l'ordre des filles de la Sagesse, vient à Poiantec à la fin de janvier 1870, pour concourir à la formation de l'ambulance. Elle visite les malades à domicile, dirige les soins hygiéniques, bref, reste de longues heures près des malades. Elle ressent un peu de malaise le 28 février, s'alite le 2 mars, et se fait transporter le même jour à l'hôpital civil de Port-Louis.

Le 3 mars, céphalalgie, brisement dans les articulations. P. 96, langue humide, blanchâtre, urines rares, bourbeuses, constipation. Comme traitement, limonade, huile de ricin, sulfate de quinine.

Le 4 mars, le purgatif est resté sans effet, la peau est sèche et brûlante, pouls large et peu dépressible, on compte 100 pulsations par minute, stupeur, injection de la conjonctive, on renouvelle les purgatifs.

Le 5 mars, selles abondantes, bilieuses, et langue un peu nettoyée: 100 pulsations par minute, taches assez nombreuses, d'un rouge obscur, peu d'albumine dans l'urine, la stupeur est la même.

Comme traitement, bouillon, eau vineuse et potion contenant 2 grammes d'extrait de quinquina.

Le 6. — Même état, selles abondantes.

Le 7. — Délire, peu de pétéchie, toux plus fréquente, respiration embarrassée, râles sous-crépitaux aux deux bases.

Le 8. — Même état, délire violent, il y a 110 pulsations par minute, légère odeur typhique, moins de diarrhée.

Le 9. — Affaiblissement considérable, la respiration est plus

fréquente; les râles sont beaucoup plus nombreux aux deux bases; l'éruption est toujours dans le même état."

Le 11. — Adynamie très marquée, expectoration abondante; langue rouge sans fuliginosités.

Les 12 et 13. — Même état.

Le 14. — Prostration moindre, le délire a disparu, l'intelligence est revenue.

A partir de ce moment, la convalescence s'accroît. Guérison complète au bout d'un mois, de telle sorte que la sœur Evariste peut reprendre ses fonctions.

CONCLUSIONS

1° Les complications digestives du typhus exanthématique sont exceptionnelles, ainsi que l'avaient vu les auteurs.

2° Elles frappent surtout la partie sous-diaphragmatique du tube digestif.

3° Leur nature est le plus souvent bénigne et de nature catarrhale, cependant on peut voir survenir des ulcérations intestinales aboutissant à des hémorrhagies intestinales et parfois à la péritonite par perforation.

4° Les phénomènes dysentériques semblent dûs à une dysentérie évoluant dans l'organisme concomitamment avec le typhus exanthématique.

Vu par le Président de la thèse,
POTAIN

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

